

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

963

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BOUYGUES

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 11 Octobre 1916 à Paris

**Contribution à l'Etude
DE LA
Sténose pylorique du nourrisson
à caractère familial**

TRAVAIL DU SERVICE DU PROFESSEUR LEREBoullet
(CLINIQUE PARROT — ENFANTS ASSISTÉS)

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES. 289

1939

Em?

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BOUYGUES

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 11 Octobre 1916 à Paris

Contribution à l'Etude DE LA Sténose pylorique du nourrisson à caractère familial

TRAVAIL DU SERVICE DU PROFESSEUR LEREBoullet
(CLINIQUE PARROT — ENFANTS ASSISTÉS)

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEIOL	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
Justin BESANÇON	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	M ^r J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOREAU	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	PETTI-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GAYET	Physiologie	PORTES	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHT	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHARLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
GUENOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
HEITZ-BONER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM		MM	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	}	ECALLE	} Clinique obstétricale.
SEZARY		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR LÈREBOULLET

Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a constamment guidé de ses
conseils.*

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'en accepter la présidence.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre res-
pectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR GOSSET
M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BROCC
M. 2E DOCTEUR GRENET
M. LE PROFESSEUR TROISIER
M. LE DOCTEUR HERSCHER
M. LE DOCTEUR CLÉMENT LAUNAY
M. LE PROFESSEUR LEREBoullet



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551807_0047

INTRODUCTION

La sténose pylorique a déjà fait l'objet de nombreuses publications. Notre but dans ce travail est d'insister plus spécialement sur la relative fréquence de son caractère familial, à propos d'une observation particulièrement démonstrative, parce que portant sur le père et ses deux fils, publiée récemment par M. le Professeur Lereboullet et le Docteur André Bohn et que nous pouvons relater plus complètement.

Le Docteur Pouyanne (de Bordeaux) a publié, en même temps, une étude basée sur 35 cas où il insiste sur le caractère familial retrouvé dans plusieurs observations. En particulier il fait allusion à un cas, observé par lui, dans lequel deux jumeaux univitellins furent opérés le même jour pour sténose pylorique ; les signes cliniques ayant du reste débuté un peu plus précocement chez l'un des deux jumeaux. Mais tous deux furent, à leur sixième semaine, justiciables de l'opération immédiate.

Déjà en 1913 Rammstedt signalait ce caractère familial.

M. Fredet, M. Ombredanne, M. Veau et d'autres y ont plusieurs fois insisté.

En 1936, M. André Martin communiquait à Mme Orgeolet, qui les publiait dans sa thèse, 5 cas familiaux de sténose opérés par lui.

Nous commencerons notre étude par l'exposé du cas que nous a communiqué M. le Professeur Lereboullet, dans lequel le père en 1902 et ses deux enfants en 1935 et 1938 ont présenté indiscutablement une sténose pylorique qui fut opérée. Nous le ferons suivre de quelques remarques sur la valeur de ce caractère familial.

OBSERVATION

Le père, fils d'un médecin, et minutieusement observé par lui, est né le 27 octobre 1902, à terme et bien conformé, et a présenté à partir du 23 novembre des vomissements abondants, a maigri et peu à peu a présenté tous les signes d'une sténose pylorique. Son observation, publiée en 1905, dans la thèse de R. Meusnier, est tout à fait caractéristique. Le malade, suivi journellement par son père et observé par M. Marfan, puis par M. Sevestre, tomba dans un état de cachexie marquée en décembre et ne fut qu'incomplètement amélioré par l'électrisation du pneumogastrique pratiquée par M. Larat. Les lavages gastriques répétés contribuent ensuite à l'améliorer, mais ce n'est qu'à partir du mois d'avril et après de multiples essais alimentaires qu'il va vraiment mieux et reprend son poids de naissance. Ultérieurement il progresse régulièrement et rapidement sans accident. L'observation que nous résumons ici est, par tous ses détails, caractéristique et montre nettement l'existence d'une sténose qui a guéri spontanément, mais après six mois de maladie pendant lesquels, à plusieurs reprises, la mort parut imminente.

C'est cet enfant qui, 33 ans plus tard, marié, a, le 19 août 1935, un premier fils, Bernard ; celui-ci né, pesant 3 kg. 200, se met à vomir le 8 septembre et présente une chute de poids. Dans les trois semaines qui suivent il continue à vomir et dépérit. M. le Professeur Lereboullet le voit le 1^{er} octobre avec tous les signes d'une sténose pylorique et dans un état tel qu'il le fait opérer d'urgence par M. André Martin, sans lui faire faire d'examen radiologique confirmatif.

Le chirurgien trouve une volumineuse olive pylorique.

La guérison est régulière et rapide et le poids reprend chaque jour, réalisant un graphique vraiment satisfaisant. Huit jours après l'intervention il avait déjà repris 600 grammes, et c'est actuellement un superbe enfant.

En 1938, le 27 février, naît, à terme, un second fils, Michel, pesant 3 kg. 050, la grossesse et l'accouchement n'ayant rien présenté de particulier.

L'enfant n'est pas allaité par sa mère : on l'alimente dès sa naissance avec du lait condensé sucré. Le poids s'abaisse à 2 k. 800 le quatrième jour, puis il augmente assez régulièrement pour atteindre, à 38 jours, le 6 avril, 3 k. 945.

A ce moment surviennent quelques vomissements qui se répètent les jours suivants ; le poids, de ce fait, diminue un peu à 3 k. 835 le 8 avril, pour rester stationnaire à 3 k. 825 les deux jours suivants, puis les vomissements persistent et s'accen-

tuant, le poids fléchit à nouveau, le 11 avril à 3 k. 780, le 12 à 3 k. 675, le 13 à 3 k. 620, enfin le 14 à 3 k. 550. L'enfant a alors perdu en huit jours 400 grammes, du fait uniquement des vomissements qu'il a présenté quotidiennement pendant ce temps.

L'enfant est vu le 12 avril pour la première fois par M. le Professeur Lereboullet. Alors qu'aucun traitement ou régime particulier n'avait encore été institué pour lutter contre les vomissements : une potion épaisse au sous-nitrate de Bismuth et un allaitement mixte composé de lait condensé sucré et de lait de femme, celui-ci provenant du centre de donneuses de lait de la Maternité, sont alors prescrits.

Le nourrisson est revu le lendemain par M. André Bohn : L'enfant est encore à ce moment dans un état de nutrition assez satisfaisant et présente un pannicule adipeux suffisant, mais les vomissements ont persisté depuis la veille et sont même devenus plus fréquents, ils ont parfois le caractère en jet et s'accompagnent d'une tendance à la constipation, alors que la veille il avait eu une selle diarrhéique.

L'examen ne permet pas de sentir d'olive au niveau du pylore, mais après la tétée prise devant le médecin, existe une tension épigastrique très nette accompagnée de quelques contractions péristaltiques à ce niveau. Le lait de femme est alors épaissi au moyen de lait condensé sucré donné pur à la cuiller au milieu des biberons ; on prescrit,

d'autre part, en plus de la potion au bismuth donnée depuis la veille, trois comprimés par jour de 1 centigramme de gardénal. Deux injections sous-cutanées de sérum glucosé et un goute-à-goutte rectal glucosé sont en outre pratiqués dans la journée.

Le diagnostic de sténose hypertrophique du pylore à évolution rapide ne paraît pas douteux du point de vue clinique, encore qu'on hésite à porter un tel diagnostic chez un nourrisson dont le frère aîné a été opéré d'une sténose congénitale du pylore dix-huit mois auparavant, alors que leur père lui-même a présenté dans sa première enfance des signes indiscutables de rétrécissement pylorique.

Un examen radiologique de contrôle est donc demandé au Docteur Aimé qui le pratique dans la matinée du 14 avril. Il en donne le compte rendu suivant :

« Le biberon opaque ingéré à 9 heures occupe encore à 11 h. 45 en presque totalité le bas-fond gastrique ; il existe au-dessus une grande quantité de liquide résiduel clair. On observe quelques taches opaques dans les anses grêles, la poche à air gastrique est petite.

Aucun passage à travers le pylore ne se produit pendant toute la durée de l'examen radioscopique malgré de fortes contractions gastriques. Après un certain temps survient une phase d'atonie, le bas-fond gastrique prenant alors l'aspect d'une cupule élargie.

Ces différents aspects successifs sont bien mis évidence sur les radiographies faites en série. Ces signes radiologiques sont ceux d'une sténose serrée du pylore. »

L'enfant est, en conséquence, conduit aussitôt dans une maison de santé pour y être opéré : on continue à lui donner du lait de femme et du lait condensé, qu'il vomit comme les jours précédents, et on lui fait dans la soirée deux injections, respectivement, de 20 et 60 cc. de sérum glucosé.

L'opération est fixée par le chirurgien, le docteur André Martin, au lendemain matin, 15 avril, à 9 heures : il ne s'est écoulé à ce moment que 9 jours depuis le début des vomissements. Avant l'opération, une nouvelle palpation permet de sentir nettement la tumeur.

L'intervention est précédée d'une nouvelle injection de sérum glucosé, d'une injection sous-cutanée de camphre et d'un goutte-à-goutte rectal glucosé.

Le chirurgien, après l'incision de la paroi abdominale, découvre facilement une olive pylorique typique, de dimensions moyennes, qu'il incise longitudinalement suivant la technique classique. Après avoir vérifié que le passage du contenu gastrique se fait dès lors facilement à travers le pylore, il suture avec soin les plans superficiels.

Les suites opératoires immédiates sont normales : l'enfant absorbe pendant les 24 premières heures, par petites quantités, fréquemment renouve-

lées, 350 gr. d'eau sucrée ; aucun vomissement ne se produit, on injecte le soir 60 cmc. de sérum glucosé et 1 cmc. d'huile éthera-camphrée.

Le 16 avril, l'enfant a bon aspect, il n'a toujours pas vomi depuis l'opération, on commence alors à lui donner, à partir de 10 heures 30, et toutes les heures, un peu de lait condensé sucré très dilué, 15 cmc. chaque fois.

Dans la nuit du 16 au 17, l'enfant présente un vomissement abondant de lait caillé, on le remet à l'eau sucrée et on reprend le gardénal.

La journée du dimanche 17 avril, pendant laquelle le lait ne peut être repris, est franchement mauvaise : l'enfant régurgite fréquemment ou vomit même assez souvent l'eau sucrée ou l'eau de Vals qu'on lui donne, il est assez pâle et paraît fatigué. On lui injecte à plusieurs reprises tantôt du sérum glucosé, tantôt du sérum salé physiologique, on institue un goutte-à-goutte rectal glucosé et on donne alternativement 1 goutte de teinture de belladone (3 fois dans la journée), 3 gouttes d'adrénaline au millième (3 fois également) et 1 comprimé de gardénal.

Les vomissements persistent pendant la nuit du 17 au 18, mais on tente néanmoins de reprendre l'allaitement en donnant à l'enfant du lait condensé sucré, d'abord par 20 grammes à la fois, puis par cuillerées à café : l'enfant boit assez bien, mais il vomit fréquemment, les vomissements deviennent verdâtres et de plus en plus nettement bilieux, la

déshydratation apparaît et s'accroît rapidement, l'enfant est de plus en plus pâle et inerte, tout cela malgré les injections répétées de sérums glucosé et salé.

La situation reste la même pendant la nuit du 18 au 19 et pendant toute la journée du 19 avril : le nourrisson est alors dans un état de cachexie et de déshydratation extrêmes, la peau est blême et fripée, le pli cutané persiste longuement, la fontanelle est déprimée, les vomissements sont incessants, plus ou moins abondants, mais toujours bilieux.

L'examen de la plaie opératoire ne montre rien d'anormal, l'abdomen est parfaitement souple, la température depuis l'intervention oscille entre 37°2, 37°5 et 38°-38°6.

Devant l'état alarmant de l'enfant et l'impression que les vomissements bilieux pourraient être dus à une sténose duodénale, pouvant elle-même relever d'une bride péritonéale post-opératoire, le docteur André Martin, d'accord avec le médecin, décida le 19 avril au soir de réintervenir chirurgicalement ; sans la moindre anesthésie et après ablation des fils, la région pylorique fut mise à jour comme la première fois ; constatant que les lèvres de la pylorotomie, faite 4 jours et demi plus tôt, étaient en voie d'accolement sur la presque totalité de leur étendue, le chirurgien les sépara de nouveau par une incision au bistouri, et ne voyant rien d'anormal dans la région duodénale voisine, il se

contenta dès lors de suturer les différents plans de la paroi abdominale.

Cette opération, qui n'avait duré que quelques minutes, fut bien tolérée par l'enfant, et très rapidement on lui donna à boire de l'eau sucrée par cuillerées à café : 175 grammes au total furent ainsi ingérés pendant la nuit sans qu'aucun vomissement ne survint.

Le lendemain matin 20 avril, l'eau fut remplacée par du lait de femme dès 6 heures et on donna dès lors toutes les heures, d'abord 1 cuillerée à café, puis 2 cuillerées à café, puis 3 cuillerées à la fois : à deux reprises cependant, le lait de femme fut remplacé par de l'eau de Vals sucrée. Une régurgitation verdâtre se produisit vers 21 heures, alors que l'enfant avait absorbé sans vomir depuis l'intervention de la veille au soir 380 grammes de liquide, dont 195 grammes de lait de femme.

Le nourrisson était alors moins déshydraté que la veille et que le matin même.

Le 21 avril, le lait de femme put être continué toute la journée à des doses plus importantes et un peu plus espacées, malgré deux vomissements verdâtres importants survenus l'un à 11 heures, l'autre à 21 heures, et deux régurgitations survenues entre temps et également constituées par de la bile. Par contre, l'enfant, pour la première fois depuis la première opération, présenta spontanément des selles : deux petites selles d'aspect normal, l'une à

16 heures, l'autre à 24 heures, et une selle importante, d'aspect également normal, à 18 heures.

Le 22 avril, aucun vomissement ne se produisit, l'allaitement avec le lait de femme fut continué, l'enfant eut à nouveau une selle normale. Son aspect était redevenu beaucoup plus satisfaisant, les signes de déshydratation, sans avoir complètement disparu, étaient des plus atténués, l'enfant tétait beaucoup plus vigoureusement et la guérison pouvait raisonnablement être escomptée.

L'amélioration persista le 23 avril, l'enfant prenant alors toutes les deux heures et demie 70 grammes de lait de femme : deux vomissements survinrent cependant, l'un à 11 heures, l'autre à 17 heures, celui-ci plus important, si bien que le gardénal dut être repris dans la soirée.

Le 24 avril, les vomissements devinrent très fréquents, aussi fréquents qu'ils l'avaient été quelques jours auparavant, avant la deuxième intervention chirurgicale, et en quelques heures l'enfant se trouva à nouveau dans un état alarmant malgré tous les traitements mis en œuvre une fois de plus : injections de sérums, potion au sous-nitrate de bismuth, comprimés de gardénal, goutte-à-goutte rectal répété.

Cet état de cachexie et de déshydratation avec intolérance gastro-duodénale absolue et vomissements bilieux répétés persista toute la nuit du 24 au 25 et toute la matinée du 25 avril et une issue fatale

était attendue sans qu'on puisse alors envisager d'intervenir chirurgicalement une troisième fois.

C'est alors qu'un symptôme nouveau fit son apparition : l'enfant présenta à 15 heures 30 une convulsion qui fut suivie quelques heures plus tard ; à 21 heures 30, d'une nouvelle et importante convulsion.

Il présentait alors des signes manifestes de tétanie, avec l'attitude classique des mains et un Chvostek net. A la suite de la crise convulsive de la soirée il resta prostré durant plusieurs heures.

On institue alors, le jour même un traitement associant le gardénal au gluconase de calcium. Ce traitement, facilement accepté, coïncide avec une amélioration nette, la disparition des convulsions, la reprise possible de l'alimentation et, peu à peu, le petit malade reprend une apparence normale en même temps que son poids augmente.

Quelques jours après il peut sortir de la clinique, en bon état, et l'amélioration s'achève chez lui. Le lait de femme d'abord continué exclusivement est assez rapidement cessé, et l'alimentation normale est reprise.

C'est, actuellement, un fort bel enfant. Sa guérison, plus lente que celle de son frère, n'en est pas moins complète.

REMARQUES CLINIQUES

Dans le cas que nous venons de rapporter le diagnostic de sténose pylorique a pu être très facilement établi à l'aide des signes sur lesquels notre Maître M. le Professeur Lereboullet a si souvent insisté et qui sont au nombre de huit.

1° La sténose du pylore se voit essentiellement chez les garçons. En effet, la statistique actuelle du Professeur Lereboullet aux Enfants Assistés donne 8 filles pour 49 cas. C'est-à-dire environ 1 fille pour 6 à 7 garçons.

2° Les symptômes n'apparaissent qu'après un « intervalle libre » qui existe sinon toujours du moins dans l'immense majorité des cas. En moyenne il est de l'ordre de 15 à 25 jours après la naissance. Cependant quelques cas plus précoces ont été signalés, six à huit jours après, ou même plus tôt, rapportés en particulier par M. Ribadeau Dumas, par M. Mouriquand et Mlle Weill. Quoi qu'il en soit, ces faits restent l'exception.

3° Les symptômes fonctionnels consistent avant tout dans l'apparition de vomissements abondants, en jet, qui quoique non pathognomoniques sont un très gros argument en faveur du diagnostic.

4° A ces vomissements s'associe de suite ou après quelques jours une « constipation à type méconial ».

5° Quant à la dénutrition rapide et progressive, elle est la conséquence des vomissements répétés entraînant très rapidement l'enfant dans un état d'hypothrepsie prononcé ou même d'athrepsie.

6° L'examen clinique peut mettre en évidence 3 signes importants :

L'examen de l'abdomen révèle en effet :

a) une tension épigastrique plus ou moins nette
b) la présence d'ondulations péristaltiques que l'on fait apparaître par percussion de l'épigastre. Elles sont parfois moins nettes quand l'enfant est devenu cachectique et que son estomac a perdu la force de se contracter, mais alors le diagnostic est, par ailleurs, plus évident.

c) Enfin la perception de la tumeur sous-hépatique.

Cette constatation a été très discutée. En fait, à un examen minutieux pratiqué en palpant avec patience sans le foie, sur le bord externe des droits, pendant les grandes inspirations, on peut, selon M. Lereboullet, l'apercevoir en moyenne dans les deux tiers des cas, et même, sur les 16 cas groupés dans la thèse de son élève Gavois, 15 fois la tumeur put être perçue. Elle le fut chez les deux petits malades dont nous publions l'observation.

Il est du reste rare que dans ces signes se trouvent groupés au complet. Cependant dans la majorité des cas, la présence de cinq à six d'entre eux suffira à emporter le diagnostic.

A ces signes peut s'associer l'examen radiologique qui permet aussi d'aboutir à un diagnostic de certitude.

Cet examen montre après l'ingestion de baryte, la lutte peristaltique de l'estomac dont les contractions répétées, énergiques, n'aboutissent qu'à une évacuation très minime du repas opaque. On a décrit de nombreux signes radiologiques de sténose pylorique, tel celui décrit par MM. Lemaire et Colanéri. En pratique, l'argument principal est constitué par le fait qu'il persiste la presque totalité de la baryte dans l'estomac plusieurs heures après l'ingestion, alors que, s'il s'agissait de spasme, la baryte, après avoir séjournée dans l'estomac 3 ou 4 heures passerait en masse dans l'intestin.

Cet examen radiologique est indispensable quant à l'aide de la simple clinique un doute persiste sur le diagnostic. Mais est-il toujours nécessaire ? On peut, avec M. Fredet et M. Lereboullet faire à cet égard quelques réserves.

Comme le dit M. le Professeur Lereboullet, « d'une part il peut retarder l'acte opératoire en faisant attendre parfois 24 heures pour que le résultat puisse être affirmé. D'autre part, il contribue à en-

combrer l'estomac avant l'acte opératoire et il est assez important, M. Fredet y insiste, que l'estomac soit vidé de son contenu au moment de l'intervention. On doit donc se montrer assez réservé dans l'emploi de l'examen radiologique chez un malade qu'il y a urgence à opérer ».

Ces quelques remarques sur le diagnostic de la sténose étant faites, revenons à l'étude de son caractère familial. Il en existe actuellement un certain nombre de faits que nous pouvons rapprocher des nôtres.

Nous avons fait allusion aux cas de Pouyanne concernant les deux jumeaux univitellins opérés le même jour, aux cas de Rammstedt publiés en 1913. Il s'agit là des trois frères et sœurs d'un de ses opérés qui présentèrent des vomissements au cours de leur première année.

Le premier guérit à l'âge de 5 mois.

Les deux autres moururent malgré le traitement médical, et l'autopsie de l'un d'eux montra une sténose pylorique manifeste.

M. Frédet et M. Ombredanne de leur côté disent en avoir observé un certain nombre d'exemples.

Cockayne a publié un cas de sténose chez deux jumeaux.

M. Lereboullet, dans sa statistique, rapporte un cas de deux frères, différent de celui que nous publions.

Mme Orgeolet en a publié cinq cas dans sa thèse dont voici les résumés :

L'un concerne un garçon né en 1932 et sa sœur née en 1934, les vomissements ayant débuté respectivement au vingtième et au dix-septième jour. Tous deux furent opérés par le docteur Martin.

Le second, deux garçons. Chez l'un les signes débutent à l'âge d'un mois. Il est opéré en décembre 1936 par le Dr Ombredanne. Chez l'autre, les signes apparaissent le neuvième jour. Il est opéré en janvier 1933 par le Dr Martin.

Le troisième, une fille opérée en 1934 par le Dr Martin qui, un an plus tard, opéra son frère d'une sténose pylorique. A l'intervention, il constata une tumeur très importante, l'épaisseur de la musculuse étant de un centimètre.

Le quatrième concerne deux frères ayant eu une sténose pylorique opérée, un troisième étant né sans sténose (après traitement antisyphilitique de la mère au cours de sa grossesse).

La cinquième observation a trait à un enfant opéré à l'âge de 2 mois et demi de sténose pylorique en 1934 par le Dr Martin et dont le frère avait été opéré pour sténose en Allemagne en 1927.

Cet ensemble de faits montre donc que comme d'autres malformations et peut-être plus que celles-ci la sténose du pylore peut être familiale.

Notons, toutefois, qu'une observation portant sur le père et ses deux fils comme celle que M. le Professeur Lereboullet nous a communiqué est particulièrement caractéristique et paraît jusqu'à présent unique.

SIGNIFICATION DE CES FAITS DE STÉNOSES PYLORIQUES FAMILIALES

Le caractère familial que nous venons de mettre en lumière est un argument de plus en faveur de l'opinion actuellement à peu près générale qui fait de la sténose pylorique une malformation congénitale. Il vient s'ajouter à tous ceux qui, par ailleurs, justifie cette conclusion.

Tout d'abord M. Déart a constaté chez un fœtus de 7 mois l'existence d'un olive pylorique ; on a pu également la constater chez un nouveau-né de trente-six heures (Grawitz).

De plus, plusieurs cas ont été décrits où il y avait association d'une sténose pylorique à d'autres malformations.

C'est ainsi que M. Veau a rapporté l'association à un bec de lièvre ; M. Lereboullet a eu deux cas d'association à une maladie de Roger, une fois à un hypospadias, une fois à un pied bot. L'association à une hernie congénitale citée par M. Pouyanne n'est pas exceptionnelle.

On a pu objecter à cette conclusion que si la sténose est congénitale, ses symptômes devraient l'être également. Or nous avons dit qu'il y avait presque toujours un intervalle libre entre la nais-

sance et l'apparition des symptômes. Comme y a souvent insisté M. Lereboullet, il faut pour l'interpréter se rappeler le rôle capital du spasme dans les signes de la sténose. Si le spasme ne provoque pas l'hypertrophie musculaire comme on l'a soutenu jadis, du moins est-ce à lui que l'on doit l'apparition des manifestations fonctionnelles. Ainsi que le dit M. Lereboullet « pour que le spasme entre en action il faut que l'estomac ait fonctionné, qu'il ait reçu une alimentation liquide, que celle-ci soit passée, au moins partiellement, du fait de la contraction de ses parois. Il faut que le système nerveux de l'enfant ait acquis son autonomie fonctionnelle, que sa réaction devant les diverses incitations digestives soit réelle. On conçoit que le spasme intervienne ainsi, et de plus en plus à mesure que l'enfant s'éloigne des tout premiers jours de la vie et que ce soit au spasme qu'on doive en partie rapprocher l'apparition des symptômes cliniques de la sténose et notamment des vomissements en jet. La sténose congénitale n'est, au surplus, pas la seule malformation congénitale dans laquelle intervienne le spasme, citons seulement le méga-œsophage qui ne donne souvent de symptômes que lorsque le spasme survient ; ceci est si vrai qu'un traitement antispasmodique suffit à en arrêter les symptômes. De même dans le méga-colon, de plus en plus, on tend à incriminer le spasme et l'action du système nerveux dans la production des signes révélateurs de la malformation congénitale. »

Quoi qu'il en soit le spasme n'est pas l'élément primordial qui reste la malformation congénitale mais uniquement un facteur déclanchant.

En terminant, nous devons souligner la valeur du traitement chirurgical. Si l'observation du père des deux petits sténosés de M. Lereboullet montre la possibilité de la guérison médicale, elle ne fut obtenue qu'après six mois d'angoisses pour les parents et de multiples essais thérapeutiques.

Des deux enfants l'un était très profondément touché quand il fut opéré, l'autre avait une sténose à évolution tellement rapide que l'opération ne pouvait être remise. La guérison dans les deux cas a justifié la décision prise.

Si le traitement médical conserve encore des partisans, s'il est incontestablement des sténoses qui restent latentes et d'autres qui finissent par guérir, la plupart des pédiatres s'associent avec M. Lereboullet aux conclusions de M. Péhu quand il dit :

« A l'heure actuelle, devant les résultats remarquables obtenus par le procédé de Frédet, je suis tout gagné à la cause de la chirurgie, car, pratiquée par un chirurgien expérimenté possédant tous les détails de la technique, cette opération peut donner des résultats éclatants et rapides que l'on n'obtient pas par une thérapeutique médicale. »

Au surplus, la statistique actuelle de M. Lereboullet sur 49 cas opérés avec un seul décès justifie cette conduite. Aucun traitement médical ne saurait donner des résultats semblables.

CONCLUSIONS

I. La sténose pylorique du nourrisson est liée à une malformation congénitale actuellement bien étudiée anatomiquement et caractérisée par l'hypertrophie de la tunique musculaire du pylore réalisant l'olive pylorique.

II. Cette malformation peut être familiale et des observations particulièrement démonstratives en ont été publiées chez des jumeaux (Cockayne-Pouyanne). Celle de M. Lereboullet et de M. André Bohn et que nous publions montre la sténose existant chez le père et ses deux fils et est à cet égard particulièrement significative.

III. La preuve de la nature congénitale de la malformation est donnée également par son association fréquente à d'autres malformations congénitales (bec de lièvre, Maladie de Roger, etc.).

IV. La pylorotomie extra-muqueuse de Frédet reste l'opération de choix dont l'indication semble s'imposer dès le diagnostic posé.

Elle a sauvé la vie des deux frères dont nous avons rapporté le cas.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
LEREBOULLET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Gavois.* — La sténose pylorique du nourrisson. (Thèse, Paris 1934).
- Lereboullet.* — La sténose du pylore chez le nourrisson (Journal des Praticiens 1-2-30 ; Gazette des Hôpitaux 5-7-33).
- La sténose du pylore et son traitement (Progrès médical, 1-4-39).
- La sténose pylorique du nourrisson et son traitement. A propos d'un cas de sténose pylorique familial (Archives des Mal. de l'appareil digestif, octobre 1938 ; et le Nourrisson, novembre 1938).
- Lereboullet et Bohn.* — Sténose du pylore in « Traité de médecine des enfants » (Nobécourt et Baboneix, Tome III, 1934).
- Meusnier.* — Des symptômes de rétrécissement pylorique au cours des troubles digestifs du nourrisson (Thèse, Paris 1905).
- Mme Orgeolet.* — A propos de cinq cas familiaux de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson (Thèse, Paris 1936).
- Poucel.* — La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson (Masson, 1934).
- Pouyanne.* — Remarques sur la sténose pylorique du nourrisson (Presse Médicale, 14-5-38).

